Ueber die

Fürstner'sche pseudospastische Parese mit Tremor und verwandte Krankheitsformen.

(Mitteilung von 4 Fällen.)

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät der Universität Breslau

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Isidor Hauschner,

prakt. Arzt aus Stuer i. M.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

BRESLAU, 1900.

Druck von Th. Schatzky, Neue Graupenstrasse No. 5.

Genehmigt zum Druck auf Antrag des Referenten
Herrn Med.-Rat Prof. Dr. Wernicke.

C. Hasse, Prodekan.

Nach Unfällen verschiedenster Art bleiben erfahrungsgemäss oft mannigfaltige nervöse Störungen zurück, für deren Ursache man bisher keine anatomische Veränderung nachweisen kann. Als man sich etwa vor einem Jahrzehnt mit derartigen Zuständen intensiver zu beschäftigen begann, glaubten sich manche Beobachter zu der Ansicht berechtigt, dass dieselben ein specifisches, von den anderen Neurosen abweichendes Gepräge trügen. Besonders die bekannte Publikation Oppenheims[1]) hatte Viele zu dieser Meinung veranlasst und hatte dazu geführt, dass sich Manche unter dem Begriff „traumatische Neurose" ein eigenes specifisches Krankheitsbild vorstellten. Im Laufe der Beobachtungen stellte es sich jedoch immer mehr heraus, dass es sich bei diesen Unfallsneurosen um dieselben Krankheitszustände handelt, welche auch unter anderer Aetiologie sich entwickeln, nämlich im wesentlichen um neurasthenische, hypochondrische, hysterische Krankheitszustände. Man hat dementsprechend beobachtet, dass diese Unfallsneurosen die allerverschiedenste, bald mehr mit den einen, bald den anderen der oben genannten Neurosen übereinstimmende Gestalt zeigen können. Freilich tritt dasjenige Krankheitsbild, welches Oppenheim zuerst in meisterhafter Weise gezeichnet hat, und welches sich im wesentlichen in deprimierter, melancholischer Stimmung, allerhand Schmerzen und anderen subjektiven Beschwerden, leichten Paresen und Sensibilitätsstörungen an den vom Unfall betroffenen Körperteilen und dergleichen mehr äussert, bei weitem am häufigsten auf. Es kommen aber auch ganz andere Formen von funktionell-nervöser Erkrankung im Gefolge von Unfällen vor. Unter diesen sind relativ seltene Fälle diejenigen, bei denen ein Schütteltremor einer oder mehrerer Extremitäten das einzige oder das sich in den Vorgrund drängende Symptom bildet. Unter der ganzen 33 Fälle enthaltenden Oppenheim'schen Casuistik findet sich kein derartiger Fall. Erst in den letzten Jahren hat sich die Aufmerksamkeit mehr auf diese Fälle ge-

---

[1]) Die traumatischen Neurosen. Berlin 1889.

lenkt, besonders seitdem Fürstner aus denselben ein eigenes Krankheitsbild abzugrenzen versuchte, welches er mit dem Namen „Pseudospastische Parese mit Tremor“[1]) belegte.

Es dürfte daher bei der relativen Seltenheit derartiger Fälle von Interesse sein, 4 Fälle von Schütteltremor nach Trauma mitzuteilen, die mir Herr Privatdocent Dr. Mann aus seiner Gutachterpraxis gütigst zur Verfügung gestellt hat, und welche zum Teil mit dem Fürstner'schen Krankheitsbilde übereinstimmen, zum Teil wesentlich anderer Natur sind.

Ehe ich jedoch an die Mitteilung der Krankengeschichten gehe, sei ein kurzer Ueberblick über die diesbezügliche Litteratur, insbesondere soweit sie die Fürstner'sche „Pseudospastische Parese mit Tremor“ betrifft, vorangeschickt.

Der Fürstner'sche Symptomenkomplex ist im wesentlichen folgender:

Nach einem Trauma, das meist Männer in erwerbsfähigem Alter am Rumpf trifft, stellen sich bald Schwäche, leichte Ermüdbarkeit und Schütteltremor ein, der nicht einzelne Muskeln, sondern ganze Extremitäten nach homoplegischer Art, wie im 1. Fürstner'schen Fall, oder nach paraplegischer Art, wie im 2. Fürstner'schen Fall, ergreift. Anamnestisch ist keine Lues, kein Potatorium nachweisbar. Bei längerer Anstrengung, bei psychischen Erregungen steigert sich der Tremor zu wahren Schüttelkrämpfen. Gelegentlich bei Ablenkung der Aufmerksamkeit kann er völlig zum Verschwinden kommen.

Während des Tremors fällt das reliefartige Hervorspringen der einzelnen Muskeln auf, das durch den starken Spasmus bedingt wird.

Die Prüfung der Muskelkraft ergiebt, dass sie keineswegs dem scharfen Hervortreten der Contouren der einzelnen Muskeln entspricht, sondern sich als sehr viel geringer erweist.

Der Gang der Patienten wird durch den Spasmus und Tremor ausserordentlich beeinflusst, so dass er an den spastischen Gang erinnert, aber jedoch nicht mit dem Typus des spastisch-paretischen Ganges übereinstimmt. Er wird durch die Art und Weise bedingt, wie die Patienten Contracturen und Tremor zu überwinden suchen.

Die Sensibilität ist in allen ihren Qualitäten intakt.

Die Sehnenreflexe sind gesteigert. In einem Fall (Fall I) konnte Fürstner Dorsalklonus nachweisen. In demselben Fall fiel dagegen der Pupillarreflex träg und wenig ausgiebig aus und erschien die eine Pupille bei gleicher Beleuchtung dauernd etwas enger als die andere.

Blase und Mastdarm fungieren normal.

---

[1]) Mendel's Neurolog. Centralblatt 96. No. 15.

Die Psyche zeigte in den beiden Fürstner'schen Fällen insofern Störungen, als Stimmungswechsel und Hemmung der Perceptionsfähigkeit unverkennbar waren.

Die Prognose des Fürstner'schen Krankheitsbildes kann als eine sehr ernste, und der Verlauf als sehr chronisch bezeichnet werden.

Am Schluss seiner Mitteilungen über den eben geschilderten Symptomenkomplex berichtet Fürstner noch kurz von einem 3. Fall, bei welchem die Erkrankung plötzlich ohne irgend welche nachweisbare Ursache auftrat, und ein Tremor die rechte Oberextremität, und eine spastische Parese die linke untere Extremität ergriff.

Durch die Fürstner'schen Beobachtungen angeregt, veröffentlichte Dr. Nonne 7 von ihm in den letzten 7 Jahren beobachtete Fälle mit dem gleichen Symptomenkomplex[1]), wie ihn Fürstner geschildert hatte, und fand den Namen, den Fürstner diesem Krankheitsbilde beigelegt hatte, für sehr zutreffend.

In allen seinen Fällen wurde jedoch die Psyche als normal befunden. Sonst konnte in einem Fall (Beob. 5) volle Uebereinstimmung mit dem Fürstner'schen Krankheitsbilde konstatiert werden, ebenso in 2 Fällen (Beob. 3 u. 6), nur dass keine Steigerung der Sehnenreflexe nachgewiesen werden konnte. In zwei anderen Fällen (Beob. 2 u. 7) war der Fürstner'sche Symptomenkomplex mit den Stigmata der Hysterie, in einem Fall (Beob. 4) mit Erscheinungen der Spinalirritation, wie lebhafter Hyperästhesie und Neigung der Rückenmuskeln, die Wirbelsäule steif zu stellen, kombiniert.

Kurze Zeit nach den Nonne'schen Veröffentlichungen konnte Dr. Onuf[2]) einen ähnlichen Fall beschreiben, bei welchem übereinstimmend mit dem 1. Fürstner'schen Fall die Pupillarreaktion träge und wenig ausgiebig ausfiel, und abweichend von dem Fürstner'schen Symptomenkomplex ein Fehlen der Hautreflexe festgestellt werden konnte.

Im Anfang des Jahres 98 gelang es Dr. Nonne wiederum einen neuen Fall von pseudospastischer Parese mit Tremor vorzustellen.[3])

Um dieselbe Zeit ist auch in einer Dissertationsschrift[4]) „1 Fall von Pseudospastischer Parese mit Tremor" von Eugen Funcken die Krankheit eines Patienten beschrieben worden, die zahlreiche Analogieen mit dem Fürstner'schen Bilde zeigte, bei welcher jedoch abweichend hiervon als ätiologisches Moment

---

[1]) Mendel's Neurolog. Centralblatt 96. No. 20 und 21.

[2]) Mendel's Neurolog. Centralblatt 97. No. 8.

[3]) Biologische Versammlung der Aerzte und Naturforscher in Hamburg 1898.

[4]) Bonn 1898.

kein Trauma, sondern ein Missbrauch im Alkohol- und Tabakgenuss in Betracht kam, und weiterhin kein Achillessehnenreflex auszulösen, und nirgends eine Andeutung von Spasmen nachzuweisen war.

Diesen Veröffentlichungen reihen sich später noch ein Fall von Flockemann[1]) und ein Fall von Höflmayr[2]) an, der sich dadurch auszeichnete, dass als auslösendes Moment kein Trauma und auch sonst kein Anhaltspunkt zu finden war, der als ätiologisches Moment in Betracht kommen könnte. Der von Höflmayr beschriebene Fall nähert sich mehr den von Krafft-Ebing veröffentlichten 7 Beobachtungen,[3]) so dass Höflmayr den von diesem Autor dem Symptomenkomplex verliehenen Namen „Pseudoparesis spastica" für weit zutreffender findet. Das hervorstechendste Symptom war im Höflmayr'schen Fall die Pseudoparese. In den 7 Beobachtungen von Krafft-Ebing handelt es sich um Patienten, deren Nervensystem angeboren oder erworben geschwächt ist, und bei welchem sich das nervöse Leiden nicht im Anschluss an ein vorhergehendes Trauma entwickelt hat, ausgenommen ein Fall (Beob. 3). Hier beherrschen das Krankheitsbild Paresen und Spasmen, die vorzugsweise die unteren Extremitäten befallen und dadurch eine bedeutende Gangstörung bewirken, während nirgends bei ihnen ein Tremor angedeutet ist, mit Ausnahme von 2 Fällen (Beob. 3 u. 4). In dem einen Fall (Beob. 3) tritt der Tremor ähnlich wie in den Fürstner'schen Fällen entsprechend seiner traumatischen Entstehungsweise in markanter Weise hervor; in dem anderen Fall (Beob. 4) ist der Tremor, der übrigens hier passagerer Natur ist, als Ermüdungstremor aufzufassen. In den übrigen Fällen treten, wie erwähnt, Paresen und Spasmen in den Vordergrund ohne irgend welche Andeutung von Tremor und weichen so in bedeutendem Maasse von der Fürstner'schen pseudospastischen Parese mit Tremor ab. Hingegen täuschen sie in gradezu frappanter Weise die spastische Spinalparalyse vor, zumal bei ihnen auch Steigerung der Reflexe, Intaktheit der Sensibilität konstatiert werden konnte, mit Ausnahme von 3 Fällen (Beob. 3, 4 u. 6), wo leichte Sensibilitätsstörungen wahrzunehmen waren. Jedoch liess das Verschwinden aller Erscheinungen im Schlaf und bei Ablenkung der Aufmerksamkeit die Hysterie in allen diesen Fällen nicht verkennen.

In allerneuester Zeit ist eine Arbeit[4]) „ein Fall von

---

[1]) Münchener Med. Wochenschrift I. 98.
[2]) Neurolog. Centralblatt 99. No. 9.
[3]) Arbeiten aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie und Neuropathologie von Krafft-Ebing. Bd. I.
[4]) Wiener Klinische Rundschau, 27. Aug. 99.

pseudospastischer Parese mit Tremor von Procházka erschienen, der grosse Analogie mit dem Fürstner'schen Krankheitsbilde zeigt, abgesehen davon, dass hier der Tremor den ganzen Körper befällt und nebenher noch Störungen auf sensiblem Gebiet wahrzunehmen sind, wie Hyperästhesie der Wirbelsäule und Gesichtsfeldeinschränkung.

Nach diesem kurzen Ueberblick über die Litteraturangaben bezüglich der Fürstner'schen Pseudospastischen Parese mit Tremor sei von den nunmehr mitzuteilenden 4 eigenen Fällen in erster Reihe ein Fall angeführt, welcher mit dem Fürstner'schen Symplomen - Komplex in allen wesentlichen Punkten übereinstimmt.

Fall I.

Hermann Schröder, Schlosser, 46 Jahr alt.

Patient erlitt am 19. Juni 94 dadurch einen Unfall, dass er zwischen der Mauer eines Thorweges und einem hinausfahrenden Rollwagen eingeklemmt wurde und dabei Quetschungen an beiden Hüftknochen davontrug. Er konnte darauf nur mit Unterstützung auf beiden Seiten einige Schritte gehen und musste mittelst Droschke ins nächste Krankenhaus geschafft werden.

Schröder hatte bei dem Unfall sich Wunden an beiden Seiten über den grossen Rollhügeln der Oberschenkelknochen zugezogen, rechts in bedeutend ausgedehnterem Masse als links; die Wunden waren auf die Weichteile beschränkt, eine Knochenverletzung hatte nicht stattgefunden. Unmittelbar nach dem Unfall trat angeblich ein Zittern beider Beine auf, welches sich allmählich etwas verringerte und später schliesslich bei Ruhelage sich auf das rechte Bein beschränkte.

Sechs Monate später klagte Schröder, wie aus dem Gutachten[1]) des Instituts zur Behandlung Unfallsverletzter hervorgeht, wo er zwei Monate lang beobachtet wurde, darüber, dass er sich am ganzen Körper schwach fühle. Wenn er mit dem rechten Bein auftrete, habe er stechende Schmerzen in der rechten Hüfte; beim Gehen bereite ihm die rechte Seite Schmerzen, und wenn er lange Schritte mache, auch das Gesäss; er könne deshalb nur kurze Schritte machen. Für gewöhnlich zittere nur das rechte Bein, wenn er aber längere Zeit gehe, fange auch das linke Bein zu zittern an. Bei geistiger und körperlicher Ruhe werde das Zittern geringer. Im Schlafe höre es vollständig auf und sei nach dem Aufwachen nicht vorhanden, so lange er sich nicht bewege; mit der ersten willkürlichen Bewegung trete es aber sofort auf. (Diese letztere Angabe ist von der Frau des Schröder bestätigt worden). Er könne nicht lange auf einer Stelle sitzen bleiben, sondern müsse seine Stellung öfters wechseln. Andere Klagen führe er nicht. Appetit und Schlaf seien gut. Stuhlgang und Blasenentleerung zeigen keine Störung.

---

[1]) Die Unfallsakten dieses Falles wurden mir auf Dr. Mann's Veranlassung von der Schlesisch-Posenschen Baugewerks-Berufsgenossenschaft freundlichst zur Verfügung gestellt, ebenso wie die des Falles III u. IV von der Speditions-, Speicherei- und Kellerei-Berufsgenossenschaft resp. Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft.

Im August 96, zwei Jahre nach dem Unfall, wurde der Patient zur ärztlichen Begutachtung dem Privatdocenten Herrn Dr. Mann überwiesen, der ihn wiederholt untersuchte.

Am 26. und 28. August 99, also 5 Jahre nach dem erlittenen Unfall, fand ich Gelegenheit, gemeinschaftlich mit Herrn Dr. Mann den Patienten in eingehender Weise zu untersuchen und erhob folgenden Befund, der keine wesentlichen Differenzen gegenüber dem früheren von Dr. Mann in den Unfallsakten deponierten Befunde aufwies.

Patient ist ein grosser, blass aussehender Mann von ziemlich schlechtem Ernährungszustande. Anamnestisch ist keine Lues, keine neuropathische Belastung und kein Potatorium nachweisbar.

Er geht rechts auf einen Stock gestützt, tritt mit dem rechten Fuss unsicher auf und verlegt den Accent auf den linken Fuss. Man bemerkt hierbei einen unregelmässigen Schütteltremor des rechten Beines am deutlichsten im Moment, wo der rechte Fuss auf dem Boden ruht, während beim Vorwärtsschwingen des rechten Beines das Zittern verschwindet. Er führt mit dem rechten Bein nur ganz kurze Schritte aus und schiebt rasch das linke Bein nach vorn, weil das rechte Bein die Last des Körpers zu tragen nicht im Stande ist. Gehen ohne Stock ist unmöglich, er knickt hierbei mit dem rechten Bein zusammen.

In Bettlage fällt an dem Patienten ein beständiger Schütteltremor des rechten Beines auf, der in rasch aufeinander folgenden rhythmischen Beugungen und Streckungen in allen Gelenken besteht, und zwar ergeben sich bei wiederholten Zählungen durchschnittlich 300 Schwingungen p. M. (Schwankungen zwischen 280 und 320 p. M.) Das Schütteln hört auch nach minutenlanger ruhiger Bettlage nicht auf, soll aber im Schlafe verschwinden.

Am linken Bein zeigt sich in der Ruhelage nur ein sehr geringes, aber offenbar ebenso rasches Zittern, welches sich besonders in Erhebungen des Quadriceps bemerklich macht.

An den oberen Extremitäten nimmt man in der Ruhe keine Schüttelbewegungen wahr.

Bei passiven Bewegungen irgend welcher Art wird das Schütteln ganz erheblich verstärkt. Auch das linke Bein gerät beim Erheben oder sonstigen passiven Bewegungen in etwas lebhafteren Tremor.

Ganz ausserordentlich steigert sich das Schütteln bei aktiven Bewegungen. Wenn Patient das rechte Bein erhebt, was ihm nur bis zu einer geringen Höhe gelingt, so tritt ein sehr starkes Schütteln ein, das sich dem Rumpf und dem Kopf mitteilt.

Das linke Bein wird hoch und mit guter Kraft erhoben unter sehr geringen Schüttelbewegungen. Es verstärken aber die Bewegungen des linken Beines den Schütteltremor des rechten Beines.

Dorsalflexion des rechten Fusses wird nur sehr unvollkommen ausgeführt, und es tritt dabei stets eine ausgiebige Mitbewegung (ebenfalls Dorsalflexion) des linken Fusses auf. Dagegen ist bei der Dorsalflexion des linken Fusses die Mitbewegung im rechten nur angedeutet. Auch bei anderen Bewegungen des rechten Beines, z B. der Beugung des Knies in Bauchlage, tritt diese Neigung zu Mitbewegungen hervor, aber nicht in so hohem Grade wie bei der Dorsalflexion des Fusses. Die Kraft aller Bewegungen des rechten Beines ist ausserordentlich gering.

Die passive Beweglichkeit ist an beiden Beinen ausgesprochen vermindert. Man fühlt erheblichen Widerstand in allen Bewegungsrichtungen, entsprechend dem ständigen Spasmus aller Muskeln, der sich auch in dem lebhafteren Hervortreten der Contouren der Muskeln kundgiebt.

Der Umfang des Oberschenkels beträgt in der Höhe von 20 cm oberhalb des oberen Randes der Patella rechts 47 cm, links $45\frac{1}{2}$ cm.

Der Patellarreflex ist links deutlich gesteigert, klonisch, rechts anscheinend ebenso; jedoch ist bei dem beständigen Schütteltremor etwas Bestimmtes darüber nicht festzustellen.

Links ist ein ausgesprochener Fussklonus auszulösen, der sogar noch kurze Zeit anhält, nachdem man mit dem Druck auf die Fusssohle nachgelassen hat. Rechts ist bei den beständigen Bewegungen des Fussgelenks etwas Sicheres über den Fussklonus nicht nachzuweisen.

Bauch- und Cremasterreflex sind beiderseits ziemlich lebhaft vorhanden, der Fusssohlenreflex ist mässig stark.

An der rechten oberen Extremität bemerkt man nur sehr geringe, zitternde Bewegungen, die in Handbeugungen und -streckungen, sowie in Pronationen und Supinationen bestehen und sich bei einer Steigerung auch auf den Oberarm fortsetzen. Bei aktiven Bewegungen ohne Widerstand werden dieselben nicht wesentlich stärker, dagegen nehmen sie bedeutend zu bei kräftig ausgeführten Bewegungen, z. B. Händedruck. Die Kraft aller Bewegungen ist rechts bedeutend geringer als links. Der Händedruck weist am Dynamometer rechts eine Kraft von 12 kg, links eine solche von 24 kg auf.

Die Sehnenreflexe an den Armen sind beiderseits lebhaft.

Irgend eine deutliche Veränderung der passiven Beweglichkeit ist nicht nachweisbar.

Die Muskulatur ist beiderseits gut entwickelt, rechts kräftiger wie links. Der Umfang des Oberarms misst rechts in der Höhe der dicksten Stelle $28^1/_2$ cm, links $26^1/_2$ cm, der Unterarm rechts 26 cm, links 25 cm.

Die Sensibilität ist in allen ihren Qualitäten am ganzen Körper vollkommen intakt.

Bei der perimetrischen Untersuchung des Gesichtsfeldes lässt sich beiderseits ein Verschiebungstypus des Gesichtsfeldes nachweisen. Es verengt sich bei Untersuchung nach Willbrandt links von 90^0—60^0 bis 65^0—50^0, rechts von 90^0—55^0 bis 60^0—50^0. Es ist auf beiden Augen die Sehschärfe $S = {}^6/_6$.

Die Untersuchung des Gehörs ergiebt, dass Patient rechts schlechter hört wie links. Die Stimmgabel verklingt bei Luftleitung am rechten Ohr früher als beim linken; dagegen wird bei Knochenleitung der Stimmgabelton nach rechts verlegt. Flüsterstimme hört er beiderseits bis zu einer Entfernung von 6 m, aber mit dem rechten Ohr nicht so deutlich.

Die übrigen Sinnesorgane fungieren normal.

Die inneren Organe bieten keine Krankheitserscheinungen dar.

Der Puls beträgt 80—88 p. M. Eine wesentliche Steigerung darüber hinaus wurde während der anstrengenden Untersuchung nicht beobachtet.

Die subjektiven Beschwerden des Patienten bestehen hauptsächlich in Schmerzen in der rechten unteren Extremität und auf der rechten Seite. Er klagt auch über leichte Schwindelanfälle, die gelegentlich auftreten sollen. Dagegen giebt er an, nicht an Kopfschmerzen zu leiden und guten Schlaf und guten Appetit zu haben.

Die Psyche zeigte niemals Störungen.

In dem oben beschriebenen Fall wird das Krankheitsbild vom Schütteltremor beherrscht, der die Extremitäten im wesentlichen nach hemiplegischer Art, wie im 1. Fürstner'schen Fall befällt und der bei aktiven Bewegungen eine ausserordentliche Steigerung erfährt. Schon dadurch gewinnt der vorliegende Fall grosse Aehnlichkeit mit dem Fürstner'schen Krankheitsbild. Weitere Analogieen zeigen sich in den ausgesprochenen Spasmen, die das deutliche Hervortreten der Contouren der einzelnen Muskeln bedingen, in der Parese der vom Schütteltremor befallenen Extremitäten, in der Steigerung der Reflexe

und in der Intaktheit der Sensibilität. Auch der chronische Verlauf, der sich in der Unveränderlichkeit der Krankheitserscheinungen während einer mehr als 5 Jahre dauernden Beobachtung kund giebt, stimmt mit dem Fürstner'schen Symptomenkomplex überein. Daher kann mit Recht dieser Fall ein typisches Beispiel der Fürstner'schen Pseudospastischen Parese mit Tremor bilden. Nur zwei Symptome lassen sich nachweisen, die nicht in den Rahmen des Fürstner'schen Krankheitsbildes passen, aber auch in unserem Fall gar nicht hervortreten, sondern erst bei genauerer Untersuchung sich feststellen lassen. Das sind eine leichte Abschwächung des rechtsseitigen Gehörvermögens, die aber wahrscheinlich nicht mit der Unfallskrankheit im Zusammenhang steht, sondern vielleicht auf den Beruf des Patienten zurückzuführen, also hier ganz bei Seite zu lassen ist, und zweitens die typische Gesichtsfeldverschiebung, ein Symptom hysterischer Natur. Es liegt uns also ein Fall vor, der in seinen Symptomen ein klein wenig über das Fürstner'sche Bild hinausgeht, indem er nämlich ausser den typischen Erscheinungen der Pseudospastischen Parese mit Tremor noch ein hysterisches Symptom zeigt, nämlich die Gesichtsfeldverschiebung.

Tritt auch die Hysterie in diesem Fall weit zurück gegenüber den das Krankheitsbild vollkommen beherrschenden Fürstner'schen Symptomen, so lässt es sich doch bei genauerer Betrachtung nicht verkennen, dass entschieden eine gewisse Beziehung des Fürstner'schen Bildes zur Hysterie hier angedeutet ist, wenn sie sich auch nur in einem einzigen Symptom manifestirt.

Weit ausgeprägter zeigt sich dieselbe in einem zweiten Fall, über den nunmehr berichtet werden soll.

Fall II.

Carl Sobeck, Lokomotivführer, 68 Jahr alt.

Sobeck erlitt durch Zusammenstoss zweier Lokomotivwagen einen Unfall, bei welchem er sich Kopfverletzungen zuzog, ohne jedoch das Bewusstsein zu verlieren. Patient konnte sogar allein nach Hause fahren. Unmittelbar danach bemerkte er an sich ein allgemeines leichtes Zittern beider Extremitäten. Auch begann er an Schwäche im Kopfe zu leiden, wurde gedankenlos und stupide. Im Bett wurde er durch unnatürliche geschlechtliche Erregungen belästigt, so dass er sich geradezu vor der Bettwärme fürchtete. Er klagte über Schmerzen im Rücken, in den Schultern und Armen, die oft einen derartigen Grad erreichten, dass er seine Knochen wie zerschlagen zu fühlen meinte. Ein mehrjähriger Landaufenthalt bewirkte eine wesentliche Besserung. Patient fühlte sich eine Zeit lang leidlich gesund.

Im Jahre 94 erlitt er abermals einen Unfall, indem er von der Deichsel seines schwer beladenen Wagens an der rechten Seite getroffen wurde. Er lag eine Viertelstunde bewusstlos, konnte sich aber darauf

wieder von selbst fortschleppen. Einige Wochen darauf begann seine rechte Hand zu zittern. Er bemerkte dies zuerst beim Schreiben. Er nahm weiterhin wahr, dass sein Gedächtnis immer schwächer wurde, dass er nach Anstrengungen Kopfschmerzen bekam. Sein subjektives Befinden war im übrigen gut. Aber sein Leiden verschlimmerte sich allmählich immer mehr. Er wandte sich daher an Herrn Dr. Mann, der ihn in seine Privat-Heilanstalt in Obernigk schickte. Daselbst besserte sich sein Zustand vorübergehend wesentlich.

Am 5. November 99 fand ich Gelegenheit, selbst den Patienten zu untersuchen und erhob folgenden Befund.

Patient ist ein mittelgrosser, mässig genährter Mann von ziemlich entwickelter Muskulatur. Erbliche Belastung liegt nicht vor, auch sind Lues und Potatorium nicht nachweisbar.

Es fällt an ihm ein beständiger, ziemlich ausgiebig schüttelnder, regelmässiger Tremor der rechten Hand auf, der in Beuge-, Streck- und in geringen Seitwärtsbewegungen besteht. Die Oberarmmuskulatur scheint in geringem Masse daran beteiligt zu sein. Durch Kraftanstrengungen, wie z. B. durch Händedruck, wird das Zittern verstärkt, dagegen lässt es nach bei leichten intendierten Bewegungen, wie z. B. dem Führen der rechten Hand nach dem Ohr, der Nase u. s. w. Bei Unterstützung der rechten Hand und des rechten Vorderarmes, wobei gleichzeitig die Hand Gelegenheit findet, einen Gegenstand leicht zu umgreifen, kommt das Zittern fast zum Verschwinden. Ruft man starken Tremor durch Händedruck hervor, so ergeben sich bei wiederholten Zählungen ungefähr 300 Schläge p. M.

An der linken Hand ist der Tremor nur angedeutet, steigert sich aber auch bei Kraftanstrengungen.

Am Dynamometer entwickelt Patient rechts eine Kraft von 10 kg, links eine solche von 18 kg.

Die Sehnenreflexe in den Armen sind nicht gesteigert.

Die passive Beweglichkeit an den oberen Extremitäten erscheint rechts geringer als links.

An den unteren Extremitäten ist rechts der Tremor leicht angedeutet, weiterhin lassen sich rechts geringe Spasmen und eine geringere Kraftentwickelung in allen Bewegungen nachweisen.

Patellarreflexe fehlen beiderseits.

Die Sensibilität erscheint in allen ihren Qualitäten an der ganzen rechten Körperhälfte etwas abgestumpft, aber nicht aufgehoben.

Die Gesichtsfeldprüfung ergiebt rechts eine leichte Einschränkung auf der temporalen Seite. Das Gesichtsfeld dehnt sich links temporal bis 90^0, nasal bis 60^0, rechts temporal nur bis 80^0, nasal ebenfalls bis 60^0 aus. Bei längerer Prüfung treten keine Ermüdungserscheinungen auf.

Die Prüfung des Gehörvermögens ergiebt, dass der Stimmgabelton bei Luftleitung links lauter gehört wird als rechts, rechts schneller verklingt wie links. Bei Knochenleitung giebt Patient an, auf beiden Ohren den Stimmgabelton gleich laut wahrzunehmen. Ebenso wird die Flüsterstimme auf beiden Ohren gleich deutlich vernommen. Dagegen nimmt Patient das Ticken der Taschenuhr links in einer Entfernung von 12 cm von der Ohrmuschel, rechts nur in einer Entfernung von 8 cm noch wahr.

Der Geruch erweist sich rechts weniger scharf als links und ebenso der Geschmack rechts weniger deutlich als links.

Die inneren Organe bieten keine Krankheitserscheinungen dar.

Im Urin ist eine geringe Menge Zucker nachweisbar im Gegensatz zu den früheren Untersuchungen, wo eine grössere Menge Zucker gefunden wurde.

Im Schlaf soll der Tremor aufhören und erst bei der ersten willkürlichen Bewegung beginnen. Auch giebt Patient selbst an, dass er das Empfinden habe, als ob bei Ablenkung der Aufmerksamkeit das Zittern nachlasse, was man auch thatsächlich beobachten kann, dagegen verstärkt

werde, sobald er sich selbst beobachtet. Von dieser richtigen Anschauung ausgehend, glaubte er eine Linderung seines Leidens in irgend einer Beschäftigung zu finden, die die Aufmerksamkeit von seiner Krankheit ablenkt. Daher habe er in letzter Zeit es sogar unternommen, Radfahren zu lernen und fahre schon selbstständig.

Der Schütteltremor, der in diesem Fall das auffallendste Symptom bildet und die Extremitäten der rechten Seite und darunter in ganz ausserordentlich überwiegendem Grade die rechte Hand ergreift, erinnert durch seine Lokalisation und Gleichförmigkeit beim ersten Anblick an den Tremor der Paralysis agitans. Indessen trägt letzterer den Charakter eines feinschlägigen Zitterns, während in unserem Fall das Zittern weit bedeutendere Exkursionen annimmt. Weiterhin lässt das Fehlen der für die Paralysis agitans so charakteristischen allgemeinen Muskelrigidität, wodurch alle Bewegungen erschwert werden, und die nach vornüber gebeugte Haltung des Körpers zustande kommt, letztere Krankheit vollkommen ausschliessen. Patient führt im Gegenteil alle Bewegungen in sehr behender Weise aus; er wendet sich rasch um, steht schnell vom Stuhl und aus der Bettlage auf, ohne sich jemals der Gefahr des Hinstürzens auszusetzen.

Hingegen verraten das Verschwinden aller Krankheitserscheinungen im Schlaf und bei Ablenkung der Aufmerksamkeit die hysterische Natur des Leidens. Letztere giebt sich auch kund in der Thatsache, dass Patient selbstständig Radfahren kann, also einen Sport betreibt, der an die Promptheit und Feinheit der Bewegungen die höchsten Ansprüche stellt. Es lässt sich auch hieraus ersehen, wie sehr der Tremor und die übrigen Krankheitserscheinungen durch den Einfluss der Vorstellung bedingt sind. Bei Ablenkung der Aufmerksamkeit von dem Leiden und bei Concentration derselben auf irgend eine Thätigkeit, wie z. B. das Radfahren, kommt der Tremor nicht nur zum Verschwinden, sondern werden auch Bewegungen ausgeführt, die an Feinheit und Schnelligkeit den höchsten Ansprüchen genügen können. Bei einem durch eine organische Krankheit bedingten so hochgradigen Tremor, der fortwährend die Bewegungen beeinträchtigt, wäre das Radfahren ein Ding der Unmöglichkeit. Für die hysterische Natur des Leidens spricht endlich auch der Erfolg der Therapie, der, nach Dr. Mann's Mitteilung, bei jeder therapeutischen Einwirkung prompt eintrat, aber sehr bald wieder verschwand.

Findet sich im vorliegenden Fall einerseits die hysterische Natur des Leidens deutlich ausgeprägt, so weist er aber auch andererseits unverkennbar deutliche Analogieen mit dem Fürstner'schen Krankheitsbilde auf. Der Schütteltremor, der

im Schlaf und bei Ablenkung der Aufmerksamkeit zum Verschwinden kommt, bei psychischen Erregungen und bei Kraftanstrengungen aber sich verstärkt, ergreift auch hier, ähnlich wie im ersten Fürstner'schen Fall, die Extremitäten nach hemiplegischer Art. Allerdings ist die rechte Hand vorzugsweise vom Tremor befallen. Doch findet er sich auch in der rechten unteren Extremität angedeutet. Weitere Analogieen mit dem Fürstner'schen Krankheitsbilde äussern sich in der Parese der vom Tremor betroffenen Extremitäten und in den leichten Spasmen der rechtsseitigen Extremitäten, die allerdings im vorliegenden Fall nur angedeutet sind. Eine Steigerung der Reflexe kann aber entsprechend dem Fürstner'schen Symptomenkomplex nicht wahrgenommen werden. Ja, es fehlen sogar die Patellarreflexe beiderseits. Indessen ist bei der Prüfung des Urins Zucker nachgewiesen worden, so dass das Fehlen der Patellarreflexe auf den gleichzeitig bestehenden Diabetes zurückgeführt werden muss. Auch der chronische Verlauf, die Unveränderlichkeit der Krankheitserscheinungen während eines Zeitraumes von 20 Jahren, abgesehen von den vorübergehenden Besserungen durch die Therapie, stimmen mit dem Fürstner'schen Symptomenkomplex überein. In dem Krankheitsbilde unseres Falles finden wir also den Fürstner'schen Symptomenkomplex im wesentlichen, wenn auch mit einigen Abweichungen, besonders auf dem Gebiete der Reflexe, vertreten.

Doch tritt er uns in demselben nicht allein entgegen, sondern kombiniert mit den Stigmata der Hysterie, welche die Sensibilität und die Funktion der Sinnesorgane alterieren. Dementsprechend finden wir eine Herabsetzung der Sensibilität an der rechten Körperhälfte und ebenso eine Herabsetzung der Funktion der rechtsseitigen Sinnesorgane, die beim Gesichts- und Gehörvermögen nur in geringem Masse angedeutet ist.

Vorliegender Fall weist also eine Kombination der Fürstner'schen Symptome mit Hysterie auf, übereinstimmend mit zwei Nonne'schen Fällen. (Beob. 2 u. 7).

Nach der Anschauung von Fürstner und Nonne, welche die pseudospastische Parese mit Tremor als ein besonderes funktionell-nervöses Krankheitsbild ansehen, ist also unser Fall mit demselben Recht, wie die beiden Nonne'schen Fälle als ein mit Hysterie kompliciertes Beispiel von pseudospastischer Parese mit Tremor aufzufassen. Nonne führt gerade die Complikation mit Hysterie als einen Hinweis auf den funktionellen Charakter des Krankheitsbildes an. Jedoch unterliegt es keinem Zweifel, dass auch organisch bedingte Krankheiten mit Hysterie vereinigt sein können. Haben doch gerade die organischen Erkrankungen der Gebärmutter infolge ihrer häufigen Kom-

bination mit Erscheinungen der Hysterie den Namen für dieselbe abgegeben.

Der Ansicht Fürstner's und Nonne's gegenüber rechnen Krafft-Ebing und Höflmayr die Fälle von pseudospastischer Parese mit Tremor zur Hysterie. Ich glaube mich diesen letzteren Anschauungen anschliessen zu müssen. Freilich giebt es Fälle von pseudospastischer Parese mit Tremor, bei welchen die bekannten Symptome der Hysterie fehlen oder gegenüber den vorherrschenden, nur auf motorischem Gebiet sich abspielenden Fürstner'schen Symptomen zurücktreten. Aber gerade mein Fall I zeigt, dass man in solchen Fällen bei genauer Untersuchung gelegentlich doch wenigstens ein einzelnes hysterisches Symptom auffinden kann. Andererseits begegnen uns auch wieder Fälle, in denen die Hysterie neben dem Fürstner'schen Symptomenkomplex sehr scharf hervortritt, wofür mein Fall II ein Beispiel ist. Wir sehen also aus unseren Fällen, sowie aus der übrigen Casuistik, dass in sehr vielen, wahrscheinlich sogar in der überwiegenden Zahl der Fälle von pseudospastischer Parese mit Tremor hysterische Symptome vorhanden sind, wenn dieselben auch in sehr verschiedenem Grade ausgeprägt sein können. Demnach sind wir meiner Ansicht nach nicht berechtigt, diese hysterischen Symptome als eine zufällige Complikation der Fürstner'schen Krankheit anzusehen; sondern es ist eher wahrscheinlich, dass ihnen die Bedeutung von koordinirten Symptomen zukommt, und die Fürstner'schen Symptome als freilich selten auftretende, aber doch zur Hysterie gehörige Erscheinungen aufzufassen sind, die teils allein, als einziges Symptom auftreten können, andererseits aber auch mit anderen hysterischen Symptomen in verschiedener Mischung vergesellschaftet sein können.[1])

[1]) Während der Abfassung dieser Arbeit ist das sehr umfassende Buch „Die Krankheiten des Nervensystems nach Unfällen" von Sachs und Freund erschienen, in welchem ebenfalls hierher gehörige Fälle (darunter auch mein Fall I) angeführt werden. Wenn die Autoren bei Besprechung dieser Fälle sagen, dass die Pseudospastische Parese mit Tremor von Fürstner selbst zur Hysterie gerechnet worden sei, so ist dieses Citat, wie aus obigem hervorgeht, nicht zutreffend.

Gegenüber diesen seltenen Formen von Schütteltremor, deren hysterische Natur anfangs von einigen Autoren verkannt wurde, giebt es aber auch häufiger auftretende Formen von Schütteltremor, die sich ohne weiteres als hysterisch charakterisieren. Trotz der relativen Häufigkeit dieser Formen dürfte es doch von Interesse sein, zwei derartige Fälle mitzuteilen und den ersten beiden anzureihen, da sie einerseits einer deutlichen Aehnlichkeit mit dem Fürstner'schen Symptomenkomplex nicht entbehren, andererseits aber sich ohne weiteres als hysterisch erweisen. Ausserdem gewinnen sie an Interesse, insofern, als sie zum Teil bezüglich ihres Zusammenhanges mit einem vorangehenden Trauma, zum Teil bezüglich der Abschätzung der Erwerbsbeeinträchtigung Schwierigkeiten bereiten.

Fall III.

Offschinsky, Kutscher, 31 Jahr alt.

Patient ist zweimal verunglückt. Den ersten Unfall erlitt er am 21. IV. 94 dadurch, dass er von einem hoch mit Lumpensäcken beladenen Wagen herunterfiel, und ein nachfallender Ballen seinen flach auf der Erde liegenden rechten Unterarm traf. Er musste sofort seine Thätigkeit einstellen und begab sich am nächsten Tage zum Arzt.

Patient klagte seitdem über eine Schwäche im rechten Arme, die sich besonders beim Heben von schweren Gegenständen geltend machte. Ausserdem gab er an, ein beständiges Kribbeln an der Streckseite des Vorderarms zu empfinden und Schmerzen besonders nach Anstrengungen im rechten Vorderarm zu haben.

Patient ist drei Jahre lang von dem behandelnden Arzt beobachtet worden. Dieser stellte eine Verminderung der Kraft des rechten Armes, eine Erschwerung der Supination des rechten Vorderarmes und eine starke Druckempfindlichkeit in der Mitte der Beugeseite vom Handgelenk aufwärts entsprechend dem Zwischenknochenraum fest. Sonst konnte er keinen weiteren objektiven Befund erheben und fand, dass die Angaben des Verletzten über Schwäche und Schmerzen im rechten Arme durchaus der Wahrheit entsprächen und nicht übertrieben zu sein schienen. Der Zustand änderte sich während der dreijährigen Beobachtungszeit nicht wesentlich. Patient bezog auf Grund des Gutachtens von seiten des behandelnden Arztes Dr. Schlesinger eine Rente von 15 % und war seitdem mit leichteren Arbeiten beschäftigt.

Am 4. August 98 erlitt Patient einen zweiten Unfall dadurch, dass er mit einem Sack beladen beim Hinaufsteigen einer Treppe zwei Stufen abrutschte und sich eine Verstauchung des linken Fussgelenkes zuzog. Der Verletzte konnte noch mit Mühe sich zum Arzt begeben, in dessen Behandlung er etwa 3 Monate verblieb.

Gleich nach dem Unfall soll der linke Fuss vor und hinter dem äusseren Knöchel angeschwollen sein, und Patient seitdem ein steifes Gefühl in der linken Wade wahrgenommen haben. Etwa 9 Wochen darauf stellten sich Krämpfe in der linken Wade ein.

Patient wurde alsdann vom Ende November 98 bis Ende Dezember 98, also 4 Wochen lang, im Institut zur Behandlung Unfallsverletzter beobachtet. Während dieser Zeit klagte Patient hauptsächlich über ein spannendes Gefühl in der linken Kniekehle, über Schmerzen und Schwäche des linken Beines, die ihn beim Gehen und Stehen sehr behinderten. Er behauptete,

den Fuss nur mit der Ferse und dem äusseren Fussrand auf den Boden aufsetzen zu können, um das Auftreten eines sehr schmerzhaften Krampfes zu vermeiden. Beim Aufsetzen mit der Fusspitze trete augenblicklich ein Krampf des linken Beines ein. Auch gab er an, bemerkt zu haben, dass er beim Stechen an der Aussenseite des linken Oberschenkels nichts spüre.

Gegen das Gutachten vom 7. Januar 99 von seiten des Instituts zur Behandlung Unfallsverletzter erhob Patient Einspruch und wurde auf Ver-Veranlassung des Vorsitzenden des Schiedsgerichts für die Speditions- und Kellerei-Berufsgenossenschaft Herrn Privatdocent Dr. Mann zur Untersuchung überwiesen, welcher im März 99 ein Gutachten ausstellte.

Am 30. August 99 untersuchte ich gemeinschaftlich mit Herrn Dr. Mann den Patienten und erhob folgenden Befund, der mit dem damaligen von Dr. Mann in den Akten deponierten noch völlig übereinstimmte.

Patient ist ein grosser, sehr kräftig gebauter Mann von gesundem Aussehen. Bezüglich der Familienanamnese ist nichts Bemerkenswertes zu erwähnen. Es ist kein Potatorium, keine Lues nachweisbar.

Patient hinkt auf dem linken Fuss und setzt denselben mit dem äusseren Fussrand und der Ferse auf, während die Fussspitze und die Zehen in die Höhe gerichtet sind. Wenn Patient die Fussspitze oder auch nur die Zehen abwärts beugt, so tritt unter starken Schmerzen ein heftiger Krampf der Muskulatur ein, welcher den Fuss gewaltsam nach abwärts bewegt und das ganze Bein stark streckt. Zunächst tritt ein tonischer Krampf der Muskulatur auf, der nach einigen Sekunden in klonische Zuckungen übergeht. Patient sucht baldigst von selbst den sehr schmerzhaften Krampf zu lösen, indem er vermittelst der Hand den Fuss dorsalwärts beugt. Wird er daran gehindert, so steigern sich die klonischen Zuckungen zu wahren Schüttelkrämpfen und teilen sich bald dem übrigen Körper mit. Während des Krampfes treten die Contouren der einzelnen Muskeln reliefartig hervor, und fühlt sich die Wade, sowie der ganze Oberschenkel, ganz hart an. Man kann auch den Krampf auslösen, indem man passiv den Fuss plantarwärts beugt. Das Bewusstsein ist während des Krampfes vollkommen erhalten.

Die Kraft des linken Beines ist in allen Bewegungen geringer wie die des rechten. Die passive Beweglichkeit erweist sich links als vermindert. Das Hautgefühl an dem linken Bein ist stark herabgesetzt, hauptsächlich für Schmerz- und Temperatur-, weniger für Berührungsempfindung. Die Gefühlsstörung erstreckt sich auch noch über den unteren Teil der linken Rumpfhälfte bis hinauf zum Rippenbogen und endet in einer horizontalen Linie in der Höhe des Epigastriums.

Ein ganz ähnlicher Befund wie am linken Bein findet sich am rechten Arm. Alle Bewegungen desselben sind zwar ausführbar, aber mit viel geringerer Kraft als links. Am Dynamometer entwickelt er mit der linken Hand eine Kraft von 43 kg, mit der rechten Hand nur eine von 5 kg. An der rechten Hand fällt ein starkes Zittern auf. Das Hautgefühl ist am rechten Arm herabgesetzt und zwar ebenfalls hauptsächlich für Schmerz- und Temperaturempfindung.

Die Gefühlsstörung breitet sich noch über die ganze rechte Kopfhälfte, sowie über den oberen Teil der rechten Rumpfhälfte aus und endet nach unten in einer Horizontallinie in der Höhe des Epigastriums, also in derselben Höhe, in welcher auf der linken Seite die Gefühlsstörung beginnt.

Die Sehnenreflexe sind beiderseits lebhaft.

Von den Haut- resp. Schleimhautreflexen sind der Bauch- und Fusssohlenreflex links herabgesetzt, der Reflex von der Bindehaut des Auges rechts vermindert (also der Gefühlsstörung entsprechend).

Das Gehör-, Geruchs-, Geschmacksvermögen ist rechts ewas herabgesetzt, die Sehschärfe beiderseits infolge angeborener hochgradiger Kurzsichtigkeit vermindert. Das Gesichtsfeld zeigt beiderseits eine leichte koncentrische Einengung.

Sonst ergiebt die Untersuchung nichts Abnormes.

Im Vordergrund des vorliegenden Krankheitsbildes stehen die Krämpfe, die den vom Unfall betroffenen Körperteil einnehmen. Sie können zu beliebiger Zeit auf einen bestimmten Reiz ausgelöst werden, den hier die Plantarflexion des linken Fusses abgiebt, gleichgültig, ob sie aktiv oder passiv ausgeführt wird. Um den Krampf zu verhüten, nimmt Patient beim Gang eine gleichmässige Haltung des Fusses ein, bei welcher jede Plantarflexion vermieden wird. Die Krämpfe verlaufen ohne Bewusstseinsstörung und sind prompt durch eine ganz bestimmte Bewegung, welche der die Anfälle auslösenden antagonistisch ist, zum Stillstand zu bringen. Man kann dem entsprechend ihre Dauer beliebig abändern. Es leuchtet ohne weitere Auseinandersetzung der hysterische Charakter dieser Anfälle ein, berücksichtigt man die Entwickelung der Krankheit an einer von einem Unfalle betroffenen Extremität, die Entstehung der Krämpfe auf eine ganz bestimmte Veranlassung, die halbseitigen Sensibilitätstörungen an den beiden von den Unfällen ergriffenen Extremitäten, die mit Herabsetzung der Sinnesfunktion verbunden sind.

Andererseits bietet obiger Fall zahlreiche übereinstimmende Punkte mit dem Fürstner'schen Krankheitsbilde, dessen hysterische Natur nicht so leicht zu durchblicken ist. Die schnellen, regelmässigen, klonischen Zuckungen, die hier freilich grössere Exkursionen annehmen, ihre Steigerung bei psychischen Erregungen und Anstrengungen zeigen sich auch in diesem Fall in ganz entsprechender Weise. Weitere Uebereinstimmungen finden wir in den Spasmen, die allerdings hier nur angedeutet sind, in den Sehnenreflexen, die zwar nicht gesteigert, aber lebhaft sind, und in dem chronischen Verlauf und in der Unveränderlichkeit der Krankheitserscheinungen während einer Reihe von Jahren.

Besonders mit dem ersten Fall können wir obigen Fall in Parallele stellen, weil in beiden Fällen die eine untere Extremität in ausserordentlich hohem Grade vom Schütteltremor ergriffen ist, und die eine obere Extremität, im 1. Fall die derselben Seite, im 3. Fall die vom ersten Unfall betroffene obere Extremität eine Andeutung hiervon aufweist.

Im Gegensatz zu den beiden ersten Fällen, deren Schütteltremor uns fortwährend begegnet, abgesehen davon, dass er im Schlaf und bei Ablenkung der Aufmerksamkeit verschwindet, sind hier die Schüttelkrämpfe erst auf einen ganz bestimmten Reiz auslösbar. Sie nehmen keinen allgemeinen Charakter an, sondern breiten sich lokal aus, ergreifen den vom Unfall betroffenen Körperteil. Bei längerer Dauer aber können sie den ganzen Körper in Mitleidenschaft ziehen.

Ist hier im 3. Fall hauptsächlich die eine untere Extremität wie im 1. Fall ergriffen, die alsdann in erheblicher Weise

störend auf den Gang wirkt, so kann man dem entsprechend Fall II mit dem noch mitzuteilenden Fall in Parallele stellen, bei welchen fast ausschliesslich die rechte obere Extremität das nervöse Leiden darbietet. Der letzte Fall dürfte noch andererseits gutachtlich Interesse erregen, insofern, als der Zusammenhang des nervösen Leidens mit einem vorangehenden Trauma von einigen Aerzten in Frage gestellt wurde.

Fall IV.

Karl Kricke, Arbeiter, 46 Jahr alt.

Patient hat zwei Verletzungen erlitten. Am 31. Oktober 94 hat er sich eine kleine Risswunde an der rechten Hand zugezogen, indem eine grosse Tafel Blech mit der scharfen Kante die Hautfalte zwischen Daumen und Zeigefinger annähernd in der Mitte durchtrennte.

Die Wunde heilte glatt ab, aber es stellte sich nach 14 Tagen als Complikation ein nervöser Reizzustand mit Zuckungen des ganzen Körpers, speciell des rechten Armes, ein, der vom behandelnden Arzt Sanitätsrat Dr. Schmeidler als hysterisch bezeichnet wurde. Angeblich soll der Verletzte vor dem Unfall keine Erscheinungen eines Nervenleidens dargeboten haben.

Nach kurzer Zeit hielt sich Patient für gesund und begann zu arbeiten, erlitt jedoch am 10. Dezember 94 eine zweite Verletzung, die in Hautabschürfungen am kleinen Finger der rechten Hand bestand. Diese kleinen Wunden heilten rasch ab; aber das nervöse Leiden trat nun in weit verstärkterem Grade auf. Der behandelnde Arzt nahm an, dass die nervöse Affection mit dem Unfall in ursächlichem Zusammenhange stehe. Um aber jeden Verdacht einer Simulation auszuschliessen, wurde Verletzter in ein städtisches Krankenhaus geschickt, wo mit Sicherheit festgestellt wurde, dass es sich um keine Simulation handle.

Dort wurde dem Patienten ein Gutachten im März 96 ausgestellt, gegen welches der Verletzte Einspruch erhob. Daraufhin wurde Patient im Laufe der Zeit vielen Aerzten und einigen Krankenhäusern zur Begutachtung überwiesen, die sich in der verschiedensten Weise über den Anspruch auf eine Rente aussprachen. Im November 97 wurde Herr Privadozent Dr. Mann von dem Unfalls-Versicherungs-Schiedsgericht beauftragt, den Patienten zu untersuchen.

Am 6. September 99 untersuchte ich gemeinschaftlich mit Herrn Dr. Mann den Patienten und erhob folgenden Befund.

Kricke klagte noch immer über Krampfanfälle in der rechten Hand, welche besonders bei geringen Anstrengungen desselben, aber auch schon bei einem Schreck oder sonst einer seelischen Erregung auftreten sollen.

Im übrigen hat er über nichts zu klagen und fühlt sich sonst gesund.

Bezüglich der Familienanamnese ist nichts Bemerkenswertes zu erwähnen. Patient ist vor den Verletzungen stets gesund gewesen. Nach dem ersten Unfall giebt er an, eine Schwäche in der rechten Hand zurückbehalten zu haben und ein Zittern in der rechten Hand wahrgenommen zu haben. Nach dem zweiten Unfall vermehrten sich angeblich die Krämpfe im rechten Arm so, dass sie nach einiger Zeit mehreremals täglich beobachtet werden konnten. Der geringfügigste Anlass des sehr reizbaren Kranken löste sie schon aus.

Potatorium und Lues sind nicht nachzuweisen.

Patient ist ein kleiner, untersetzter, mässig kräftig gebauter Mann von blasser Gesichtsfarbe und einem verstimmten, in sich gekehrten, etwas leidenden Gesichtsausdruck.

Die rechte Hand hält er gewöhnlich in einer eigentümlich steifen Haltung mit gespreizten und etwas gekrümmten Fingern. Er stützt die Hand, indem er sie in Mittelstellung im zugeknöpften Rock hält.

An der rechten Hand ist noch die Narbe zwischen Daumen und Zeigefinger sichtbar; sie ist glatt, auf Druck nicht empfindlich, reicht nicht in die Muskulatur und übt auf die Beweglichkeit des Daumens und der gesamten Hand keinen nachteiligen Einfluss aus.

Kaum noch wahrzunehmen ist die Narbe am medialen Rand des kleinen rechten Fingers zwischen dem ersten und zweiten Gliede, sie ist ebenfalls fein, nicht schmerzhaft und wirkt auf die Bewegung nicht störend ein. Im übrigen ist äusserlich an der rechten Hand, sowie am ganzen rechten Arm nichts Bemerkenswertes nachzuweisen. Der Umfang beider Arme zeigt an den entsprechenden Stellen keine Differenzen.

Es finden sich keine Gelenkversteifungen, keine Veränderung der Farbe und Temperatur der Haut.

Das Hautgefühl und die Reflexe am rechten Arm, sowie am ganzen übrigen Körper verhalten sich jetzt normal im Gegensatz zu der früheren Untersuchung des Herrn Dr. Mann, wo halbseitige leichte Sensibilitätsstörungen nachzuweisen waren.

Der Gang zeigt keine Störung.

Romberg's Phänomen ist nicht nachzuweisen.

Die Sinnesorgane funktionieren gut, speziell die Sehschärfe und das Gesichtsfeld sind völlig normal. Es besteht kein Verschiebungstypus des Gesichtsfeldes.

Die Bewegungsfähigkeit der rechten Hand ist erhalten; es bestehen keine Lähmungen, wie man sehen kann, sobald man den Patienten ganz vorsichtig und langsam die Bewegungen ausführen lässt. Bei einigermassen kräftigeren Bewegungen, z. B. schon bei Händedruck oder auch schon bei ganz geringfügigen, vorsichtigen Bewegungen, wenn sie nur etwas länger fortgesetzt werden, tritt ein Krampfzustand auf, der jede weitere Untersuchung unmöglich macht. Es besteht zunächst ein Schütteln der Hand, welches sich allmählich dem ganzen Arm mitteilt und an Heftigkeit immer mehr zunimmt. Die Hand wird hierbei in einer Mittelstellung zwischen Pronation und Supination gehalten. Es fallen meist die Beugungen und Streckungen des Vorderarms gegen den Oberarm auf, die keine grosse Ausdehnung annehmen, sondern etwa $30^0 - 40^0$ betragen. Ein bis zwei Minuten nach Beginn des Krampfanfalles tritt eine Beschleunigung der Athemzüge ein, spielen sich in den Gesichtszügen des Patienten die Zeichen grosser Angst ab. Patient stösst alsdann unartikulierte, rhythmische Laute aus und ist vollständig unfähig zu sprechen. Beim Versuch zu sprechen bringt er nur einige Silben unter der grössten Anstrengung heraus und wird immer wieder durch die krampfhaft und unwillkürlich ausgestossenen, rhythmischen Laute unterbrochen. Dabei läuft Patient unter den Zeichen grosser Angst und Unruhe im Zimmer auf und ab. Der Schweiss bricht ihm aus. Der Puls zeigt eine Beschleunigung, etwa 100 p. M. Wenn man den Patienten im Anfall sich selbst überlässt, so dauert derselbe etwa eine halbe Stunde. Wir waren aber jedesmal im Stande, die Anfälle, die wir während der Untersuchung durch kräftigen Händedruck wiederholt hervorriefen, durch einen starken Reiz vermittelst des Induktionsstromes augenblicklich zum Stillstand zu bringen.

Die inneren Organe bieten keine Krankheitserscheinungen dar.

In diesem Fall entwickeln sich die Krampfanfälle im Gefolge eines Traumas an der von demselben betroffenen Extremität. Sie lassen sich zu jeder beliebigen Zeit durch Händedruck oder geringfügige Bewegungen von längerer Dauer aus

lösen. Sie sind mit Zeichen grosser Angst, mit lautem Schluchzen, Schweissausbruch und Steigerung der Pulsfrequenz verbunden und sind stets prompt durch einen starken Reiz vermittels des Induktionsstromes zu koupieren. Alle diese Momente im Verein mit den früher nachweisbaren halbseitigen Sensibilitätsstörungen verraten in deutlichster Weise die hysterische Natur dieses Falles.

In seinen Symptomen ähnelt er einerseits dem Fall II, andererseits dem Fall III. Mit Fall II zeigt er insofern übereinstimmende Punkte, als in beiden Fällen die rechte obere Extremität von einem regelmässigen, gleich schnellen Schütteltremor befallen ist, der sich bei Erregungen und längeren Anstrengungen verstärkt. Beide Fälle bieten diese Krankheitserscheinungen schon während eines längeren Zeitraumes in derselben Unveränderlichkeit dar. Die beiden Fälle unterscheiden sich aber dadurch, dass in Fall II fortwährend der Schütteltremor besteht, abgesehen davon dass er bei Ablenkung der Aufmerksamkeit und im Schlaf verschwindet, während er in Fall IV erst auf einen Reiz auszulösen ist.

Fall IV weist aber auch deutliche Aehnlichkeit mit Fall III auf. Beide Fälle verraten deutlich ihre hysterische Natur, indem im Anschluss an ein vorangehendes Trauma Krampfanfälle in der vom Unfall betroffenen Extremität auftreten, die auf eine bestimmte Veranlassung hervorzurufen und durch einen bestimmten Reiz zu koupieren sind.

Wir sehen aus diesen Betrachtungen, dass die letzten beiden Fälle sich als zweifellos hysterisch erweisen und doch deutliche Aehnlichkeit mit dem Fürstner'schen Krankheitsbilde zeigen. Wir können dementsprechend aus den mitgeteilten Fällen gewissermassen eine Reihe bilden, die vom reinen Fürstner'schen Bilde allmählich zu typisch-hysterischen Bildern überleitet. Fall I stellt ein rein Fürstner'sches Bild dar mit ganz geringer Andeutung von Hysterie. In Fall II begegnen wir ebenfalls dem reinen Fürstner'schen Symptomenkomplex aber gleichzeitig mit typischen Zeichen der Hysterie. Fall III und IV sind typisch-hysterische Erkrankungen mit Spasmen und Schütteltremor, die zwar nicht wie bei den Fürstner'schen Fällen beständig bestehen, sondern nur zeitweise auf bestimmte Veranlassungen auftreten, bei denen aber der Tremor doch deutliche Aehnlichkeit mit dem des Fürstner'schen Symptomenkomplexes zeigt.

In allen Fällen entsteht die Krankheit im Anschluss an leichte Traumen. In Fall IV war das Trauma so leicht, dass verschiedene Gutachter es nicht für möglich hielten, und dass Dr. Mann im schiedsgerichtlichen Verfahren erst energisch dafür eintreten musste, ehe dem Patienten eine Rente bewilligt

wurde Sie machen alle den Eindruck von schweren Krankheiten. Ein Fall unter ihnen, Fall II, täuscht die prognostisch so ungünstige Paralysis agitans vor. Die Hysterie tritt aber noch unter dem Bilde vieler anderer Krankheiten auf, z. B. der spastischen Spinalparalyse, wie schon bei den in der Einleitung erwähnten Krafft-Ebing'schen Fällen angedeutet worden war. Sie äussert sich oft in zusammenhanglosen Krankheitserscheinungen. Es ist darum leicht begreiflich, dass gerade das Krankheitsbild, unter welchem die Hysterie in den Fürstner'schen und Nonne'schen Fällen auftrat, und bei welchem die hysterische Natur leicht zu übersehen war, die beiden Autoren veranlasst hat, für ihre Fälle ein specifisches, funktionell-nervöses Krankheitsbild aufzustellen. Die Krankheitserscheinungen der organischen Krankheiten zeigen einen gewissen Zusammenhang, der durch die anatomische Veränderung und ihre Folgen bedingt ist. Die Hysterie dagegen kann sich in zusammenhanglosen Symptomen äussern und so begreiflicherweise gelegentlich zur Aufstellung von neuen Krankheiten führen. Aber gerade die jeglichen Zusammenhanges entbehrenden Symptome zeigen deutlich, wie sehr sie durch den Einfluss der krankhaften Vorstellungen hervorgerufen werden. Dies ist das Wesen der Hysterie.

Zum Schlusse dieser Arbeit spreche ich Herrn Privatdocent Dr. Mann für die gütige Ueberlassung des Materials, sowie für die freundliche Unterstützung bei Abfassung der Arbeit meinen herzlichsten Dank aus.

Lebenslauf.

Verfasser, geboren zu Breslau am 24. Juli 1874, besuchte das Realgymnasium zum heiligen Geist in Breslau von Ostern 1881 bis Ostern 1893, welches er mit dem Zeugnis der Reife verliess. Im Sommersemester 1893 widmete er sich dem Studium der Naturwissenschaften, gab jedoch dasselbe bald auf und wandte sich der Medizin zu. Um zum Studium der Medizin berechtigt sein zu können, besuchte er von November 1893 bis Michaelis 1894 die Oberprima des Gymnasiums zu Brieg, wo er im September 1894 die Ergänzungsprüfung bestand. Daraufhin studierte er in Breslau Medizin, bestand Juli 1896 das Tentamen Physikum, beendete April 1899 das Staatsexamen. Im Juni 1899 unterzog er sich dem Examen rigorosum.